

Teilnehmer*in

Vorname: _____ Nachname: _____

Straße: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

Handy Nummer: _____ Email: _____

Gesetzliche(r) Vertreter*in

Vorname: _____ Nachname: _____

Telefon: _____ Handy Nummer _____

Weitere Angaben zum Teilnehmer*in

Pflegegrad: I II III IV V

Grad der Behinderung: _____

Wertmarke für öffentliche Verkehrsmittel? ja nein

Merkzeichen: H B G AG RF BL GL

Ich bin auf einen Rollstuhl angewiesen

Allergien Welche? _____

Krampfanfälle Notfallmedikament _____

Ich bin vollständig gegen COVID geimpft ja nein

Datum der letzten Impfung _____

Finanzierung der Assistenzkosten erfolgt durch die Pflegekasse

Entlastungsgeld (1500 €/Jahr = 83 Assistenzstunden im Jahr)

Urlaubs- und Verhinderungspflege (1612€/Jahr = 89 Assistenzstunden im Jahr)

Häufiges Kurzzeitpflegebudget (887€/Jahr = 49 Assistenzstunden im Jahr)

Finanzierung der Assistenzkosten erfolgt durch

Teilhabeleistung

Private Rechnung

Ich wünsche ein Beratungsgespräch zur Finanzierung der Assistenzkosten

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos vom Freizeitprogramm für Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden. ja nein

Hiermit melde ich mich **verbindlich** für die Teilnahme an folgenden Aktionen an.

Unterschrift Teilnehmer*in

Unterschrift gesetzlicher Vertreter*in